

# DECLARACION DE DATOS PARA AGREGAR A UN NIÑO(A) MENOR DE 16 AÑOS

(Solicitud y petición adicionales para asistencia monetaria y/o estampillas para comida)

## INSTRUCCIONES:

Complete este formulario en relación al nuevo niño en el hogar y firme la sección de certificación. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja. Use un solo formulario para cada niño.

Si recibe asistencia monetaria, y quiere asistencia para el nuevo niño, el padre/madre o familiar adulto encargado del cuidado continuo del niño tiene que completar este formulario.

En relación a los grupos para fines de estampillas para comida (grupos) que no reciben o no quieren recibir asistencia monetaria, un miembro adulto del grupo o el representante autorizado tiene que completar este formulario.

MARQUE (✓) ABAJO:  
EL NIÑO NECESITA ASISTENCIA PORQUE EL PADRE/MADRE ESTA

MUERTO(A)  
INCAPACITADO(A)/  
DISCAPACITADO(A)  
AUSENTE  
DESEMPLEADO(A)

## SOLO PARA USO DEL CONDADO

CASE NAME			
CASE NUMBER			
WORKER NAME AND NUMBER			
DATE RECEIVED			
AU	Non-AU	MFG Child <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	FS Non-HH Excl. Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:			
WtW:		FS:	
VERIF: <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> Immun.			
Alien Reg. No.		D.O.E.	
<input type="checkbox"/> CA and FC Elig/CR Chooses:			
Child <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> Foster Care		CR <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> None	
<input type="checkbox"/> Verification provided			
<input type="checkbox"/> Verification provided			
<input type="checkbox"/> FC Income Counted on FS Case <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
<input type="checkbox"/> CA Eligible for Higher MAP			
Income		(✓) if exempt	
Unearned	Earned	CA	FS
Verified:			
<input type="checkbox"/> Referred to Cal-Learn			
<input type="checkbox"/> CA 25			
<input type="checkbox"/> CA 25A			
CA 5		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Date Initiated _____			
FS: Honorable Discharge		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

1. Nombre del padre/madre o familiar encargado Teléfono ( ) ( )

2. Denos todos los datos sobre este niño.

NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)		NOMBRE DE LA MADRE	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO (✓) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NOMBRE DEL PADRE	
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO/PAIS)	FECHA DE NACIMIENTO (MES, DIA, AÑO)	¿CIEGO, SORDO O DISCAPACITADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CLASE DE ASISTENCIA QUE SE SOLICITA (✓) <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Estampillas para comida	SITUACION COMO CIUDADANO/NO CIUDADANO (✓) <input type="checkbox"/> Ciudadano/Nacional de los EE. UU.* <input type="checkbox"/> No ciudadano: ¿Patrocinado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
PARENTESCO/RELACION CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL NIÑO	¿NIÑO DE CRIANZA TEMPORAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI EL NIÑO TIENE MENOS DE 6 AÑOS DE EDAD, ¿ESTAN ACTUALIZADAS SUS VACUNAS ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No tiene menos de 6 años de edad	

3. ¿Recibió el niño asistencia monetaria o estampillas para comida este mes?  SI  NO  
Si contestó "SI", complete a continuación:

CLASE DE ASISTENCIA ¿DONDE? (condado, estado)  
 Asistencia monetaria  Estampillas para comida

4. ¿Recibe o espera recibir el niño ingresos, como: ingresos ganados, beneficios del Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP), beneficios del Seguro Social, mantenimiento de hijos, pagos de crianza temporal, beneficios para veteranos, etc.? Si contestó "SI", complete a continuación:  SI  NO

CLASE DE INGRESOS	CANTIDAD (antes de las deducciones, si las hay)	¿CUANDO?	FRECUENCIA
	\$		

5. A. Complete a continuación si quiere asistencia monetaria para este niño y el niño tiene entre 6 y 16 años de edad.  
¿Asiste el niño a la escuela regularmente?  SI  NO  
Si contestó "NO", explique por qué no asiste regularmente:  No tiene entre 6 y 16 años de edad

B. ¿Está la niña embarazada o es el niño(a) un padre/madre adolescente?  SI  NO  
Si contestó "SI", marque (✓) la situación:  Embarazada  Padre/madre adolescente

SITUACION EN RELACION A LA ESCUELA, MARQUE (✓) LA SITUACION:  
 Tiene un diploma de la secundaria (high school)  Tiene un GED\*\*  No asiste a la escuela (explique):  
 Está asistiendo a la escuela actualmente  Otra (explique):

C. ¿Ha recibido el niño alguna cantidad adicional en efectivo, sanción, o ayuda con el cuidado de niños, transporte, etc. del Programa de Cal-Learn\*\*\*? Si contestó "SI", complete a continuación:  SI  NO  
¿DONDE? (CONDADO) FECHAS EN QUE SE RECIBIERON

6. ¿Han estado en el servicio militar de los EE. UU. los padres de este niño?  SI  NO  
Si contestó "SI", complete a continuación:

NOMBRE DEL PADRE/MADRE	¿CIUDADANO DE LOS EE. UU.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RAMA DEL SERVICIO MILITAR	FECHAS DEL SERVICIO MILITAR	¿SEPARACION HONORABLE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
------------------------	---	---------------------------	-----------------------------	---

7. Complete a continuación si quiere estampillas para comida para este niño y el niño no es ciudadano de los EE. UU.

A. ¿Cuántos años en total han vivido en los EE. UU. el niño y/o sus padres?

B. Mientras estuvieron viviendo en los EE. UU., ¿cuántos años ganaron dinero el niño y/o sus padres por haber estado trabajando en los EE. UU.?

C. Mientras estuvieron viviendo fuera de los EE. UU., ¿cuántos años en total trabajaron en los EE. UU. o para una compañía estadounidense el niño y/o sus padres?

8. ¿Es el niño dueño de algún bien o tiene recursos, como: dinero en efectivo, terrenos, cuentas bancarias, fondos en fideicomiso, bonos de ahorro, pagos por cabeza o fondos en fideicomiso por ser un indio (indígena) de los Estados Unidos de América, u otros recursos? Si contestó "SI", complete a continuación:				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<b>SOLO PARA USO DEL CONDADO</b>	
CLASE DE RECURSO	NUMERO DE CUENTA/POLIZA	NOMBRE, DIRECCION DEL BANCO, ETC.	VALOR ACTUAL			<input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> CA Restricted Account <input checked="" type="checkbox"/> Check if exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FS	
			\$				
9. ¿Tiene el niño Medicare* u otro seguro de salud, como Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS**, etc., el cual lo paga el padre/madre o el patrón del padre/madre? Si contestó "SI", anote la cobertura del seguro:				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Verification provided  Health Coverage Code:	
10. ¿Está el niño escondiéndose o huyendo de la ley debido a un delito mayor; para evitar enjuiciamiento, detención, o encarcelamiento después de ser condenado por un delito mayor; o en violación de su libertad condicional (parole o probation)?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
11. ¿Ha sido condenado el niño por un delito mayor relacionado a las drogas debido a la posesión, uso, o distribución de sustancias controladas? Si contestó "SI", en el caso de asistencia monetaria, proporcione datos sobre condenas que entraron en vigor el o después del 1 de enero de 1998 ; en el caso de estampillas para comida, proporcione datos sobre delitos y condenas que entraron en vigor después del 22 de agosto de 1996.				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
FECHA EN QUE FUE CONDENADO		FECHA EN QUE SE COMETIO EL DELITO					
12. A. Si usted puede recibir asistencia monetaria, es posible que los miembros de su familia menores de 21 años que reúnan los requisitos puedan recibir algunos exámenes de salud a través del Programa para la Salud y Prevención de Discapacidades en los Niños y Adolescentes (CHDP).				<input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given <input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Date:			
				SI		NO	
• ¿Quiere más información acerca de los servicios de CHDP? .....							
• ¿Quiere servicios médicos o dentales gratuitos de CHDP?.....							
• ¿Necesita ayuda para hacer una cita con el doctor o dentista, o para ir a su cita? .							
B. ¿Quiere más información acerca de los servicios de inmunización? .....						<input type="checkbox"/> Referred for Immunization	
C. ¿Quiere información contra discriminación, acerca de consultas sobre alcohol/drogas, acerca de gastos médicos pasados, y sobre otras necesidades especiales? .....						<input type="checkbox"/> Other services referral	
D. ¿Necesita alguien que esté embarazada encontrar a un doctor, obtener transporte para ir a una fuente médica, y/u otro tipo de ayuda? .....						<input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5	
E. ¿Está alguien dándole pecho a un niño? .....						<input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum	
Si contestó "SI", ¿nació el niño durante los últimos tres meses? .....						<input type="checkbox"/> WIC referral	
F. ¿Quiere obtener información o servicios de una clínica de planificación familiar para ayudarlo a planear el tamaño de su familia y evitar embarazos no planeados?.....						<input type="checkbox"/> Family Planning info given Date Referred:	

**CERTIFICACION**

**Entiendo que:**

- si deliberadamente doy datos incorrectos o no reporto todos los datos o situaciones que afectan mi elegibilidad y pagos de asistencia, es posible que se me multe, encarcele, o ambos. Se me puede multar hasta \$10,000 en cuanto a la asistencia monetaria y \$250,000 en cuanto a las estampillas para comida. Se me puede mandar a la cárcel hasta por 3 años en cuanto a la asistencia monetaria y por 20 años en cuanto a las estampillas para comida. Los beneficios de asistencia monetaria y estampillas para comida se pueden discontinuar por 6 meses, 12 meses, 2 años, 4 años, 5 años, 10 años, 20 años o para siempre; y en cuanto a los de asistencia monetaria para refugiados, por 3 meses y 6 meses.
- se puede escoger mi caso para revisarlo y comprobar la elegibilidad, y yo tengo que cooperar por completo con los empleados del condado y del gobierno estatal y federal en cualquier revisión de control de calidad.
- los empleados locales y del gobierno estatal y federal comprobarán los datos que yo dé.
- el condado le mandará los datos al Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) para verificar la situación migratoria.
- es posible que la información que el condado obtenga del INS afecte la elegibilidad para recibir asistencia monetaria y estampillas para comida.
- la información que yo dé se comparará con la de oficinas/agencias de impuestos, asistencia pública, y empleo; distritos escolares; y la Administración del Seguro Social para verificar la elegibilidad del niño para recibir asistencia monetaria y/o estampillas para comida y para verificar que estoy recibiendo la cantidad correcta en asistencia monetaria o estampillas para comida. También entiendo que el número de Seguro Social se comparará con los expedientes de la oficina encargada del orden público para determinar si está pendiente alguna orden de arresto.

Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información que contiene esta declaración de datos es verdadera, correcta y completa.

¿QUIEN TIENE QUE FIRMAR ESTE FORMULARIO?: Para asistencia monetaria, usted y su esposa(o) que recibe asistencia o el otro de los padres (si vive en el hogar) de un niño que recibe asistencia. Para estampillas para comida, un miembro adulto del grupo o el representante autorizado.

FIRMA DEL FAMILIAR ENCARGADO, Y/O MIEMBRO ADULTO DEL GRUPO, O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
FIRMA DE LA ESPOSA(O) QUE RECIBE ASISTENCIA MONETARIA O DEL OTRO DE LOS PADRES (SI VIVE EN EL HOGAR) DEL NIÑO QUE RECIBE ESA ASISTENCIA	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO QUE PRESENCIO LA MARCA, INTERPRETE, U OTRA PERSONA QUE HAYA COMPLETADO EL FORMULARIO	FECHA

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (Reason)				IMMUNIZATION <input type="checkbox"/> Informing (TEMP CW 101/101A)	
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met - Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:	Regs Met: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Signature of County Worker		Date	Signature of Supervisor	Date	